



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 18ª REGIÃO MT
 Rua 40, 120, Boa Esperança - CEP 78068-536 – Cuiabá/MT
 Fone (65) 3627-7188 - Site: www.crpmt.org.br - E-mail: crpmt@crpmt.org.br

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

CRP nº _____

Nome Completo _____

Nome Social _____

Nacionalidade _____

Naturalidade/UF (Cidade/UF) _____

Data de Nascimento: _____

RG/Identidade _____

Órgão Expedidor/UF _____

Data de Expedição _____

CPF nº _____

Título Eleitoral nº _____

Zona _____

Seção _____

Certif. Disp./Reservista Militar nº _____

Reg.Alistamento nº _____

Filiação:

Pai _____

Mãe _____

Raça/Cor:

Branca Negra Parda Amarela(oriental) Indígena

É portador de deficiência? Se sim, qual?

Não Auditiva Física Visual

Instituição de Ensino Superior _____

Campus _____

UF _____

Data de Colação de Grau _____

Registro do Diploma Nº: _____

Folha _____

Livro _____

Data _____

Estado Civil _____

Sexo _____

E-mail _____

Endereço Residencial _____

Nº / Apto Nº _____

Bairro _____

Cidade: _____

CEP _____

UF _____

Telefone Residencial _____

Telefone Comercial _____

Telefone Celular: _____

Telefone para recados: _____

Como/onde deseja receber sua Cédula de Identidade Profissional?

Correios Sede

Obs: envio pelos correios somente para cidades onde não há sede.

Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Psicologia 18ª Região MT:

A(o) Psicóloga(o) acima caracterizada(o), que a seguir assina, afirma serem verdadeiros seus dados aqui constantes e requer sua inscrição neste Conselho, nos termos da legislação em vigor.

Declara, outrossim, estar ciente de sua obrigação de manter atualizados os dados aqui registrados e que não exerceu a profissão até esta data sem o devido registro (§1º do Art.13 da Lei 4.119/62 e Dec. 53.464/64), e que está ciente que caso deixe de exercer a profissão de Psicóloga(o) deve solicitar o cancelamento da Inscrição profissional, conforme Resolução CFP Nº 018/2000.

Declaro estar ciente da obrigatoriedade em atender o disposto na Resolução CFP n. 003/2007, que solicita a substituição da Certidão de Colação de Grau pelo diploma de Formação De Psicólogo no prazo de 2 anos, contados da data de inscrição do profissional. E ainda, estar ciente ao que dispõe a Portaria n. 015/2016, que institui a cobrança de taxa de emissão de carteira após o vencimento.

Tipo de Inscrição requerida: Principal Formado há mais de um ano Secundária - Nº do CRP de origem: _____
 Reativação Transferência - Nº do CRP de origem: _____

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ / _____ / _____

Assinatura da(o) Requerente

PREENCHIMENTO PELO CRP

<p>Anuidade / Taxas de pagamento</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Data do pagamento _____ / _____ / _____</p> <p>_____ Funcionária(o) da Sede</p>	<p>Parecer favorável ao deferimento na plenária número _____ realizada em _____ / _____ / _____, sob o número de processo _____</p> <p>_____ Conselheiro(a) Presidente</p>	<p>Documentos conferidos na Sede. Colação de grau confirmada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>_____, _____ / _____ / _____</p> <p>_____ Conselheiro(a) Secretário(a)</p>
--	--	--